

Assurance pour les frais médicaux ambulatoires

Document d'information sur le produit d'assurance / Janvier 2026

Entreprise : Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant, agréée par l'Office de contrôle des mutualités sous le numéro 350/03 pour proposer des assurances de la branche 2 (maladie) et de la branche 18 (assistance) / numéro BCE 0838.221.243.
Siège central : Rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles.



Ce document n'a qu'une valeur informative. Toutes les informations contractuelles ou précontractuelles sont fournies avec les conditions générales.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'assurance Ambumut vise à fournir aux assurés une intervention dans les frais médicaux ambulatoires et plus particulièrement dans le ticket modérateur de la plupart des soins ambulatoires tels que repris dans la nomenclature, dans les frais de certaines thérapies alternatives, dans les frais liés aux équipements de correction de la vue, aux appareils auditifs et à la naissance.



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ **Tickets modérateurs** : remboursement de 75 % du ticket modérateur de certaines prestations de soins selon la nomenclature et tel que défini dans les conditions générales (www.solidaris-brabant.be/fr/assurances-facultatives). Le remboursement est calculé et effectué trimestriellement sur base des données introduites ou communiquées par l'assurance maladie obligatoire.
- ✓ **Thérapies alternatives** : remboursement de 75 % des frais à la charge de l'assuré, avec un maximum de 500,00 € par année d'assurance et par assuré pour les traitements de psychothérapie, les consultations de diététiciens agréés et les traitements orthophoniques non remboursés par l'assurance maladie obligatoire, les traitements ostéopathiques et chiropratiques.
- ✓ **Correction ou amélioration de la vue** : remboursement de 75 % des frais à la charge de l'assuré pour les verres de lunettes correcteurs ou les lentilles de contact (maximum 500,00 € par année d'assurance et une nouvelle intervention est octroyée au plus tôt au cours de la 3e année d'assurance suivante) et les lentilles intraoculaires, le traitement au laser et la kératotomie (maximum 1.000,00 € par année d'assurance et une nouvelle intervention est octroyée au plus tôt au cours de la 6e année d'assurance suivante).
- ✓ **Correction ou amélioration de l'audition** : remboursement de 75 % des frais à la charge de l'assuré avec un maximum de 1.000,00 € par année d'assurance pour les appareils auditifs.
- ✓ **Forfait naissance** : un montant forfaitaire de 250,00 € pour les soins, les produits de soins, les équipements et l'assistance nécessaires lors de la naissance d'un enfant.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Traitements liés à une maladie ou à un accident dû à un état d'ébriété, à une dépendance à l'alcool ou à un empoisonnement par l'alcool ; à un acte intentionnel de l'assuré ; à l'usage non thérapeutique de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues, ainsi qu'à la toxicomanie ; à des faits de guerre, à une guerre civile ou à d'autres faits similaires ; à la participation volontaire à des actes de violence d'origine collective ; à la participation à un crime ou à un délit ; à la pratique professionnelle d'un sport ; à une faute grave de la part de l'assuré ; à des réactions nucléaires
 - ✗ Soins ou traitements à des fins purement esthétiques
 - ✗ Cures de rajeunissement, séjours thermaux, thalassothérapie, etc.
 - ✗ Traitements, soins ou dispositifs médicaux dont le bénéfice n'a pas été scientifiquement prouvé ou qui ne sont pas nécessaires à la guérison
 - ✗ Frais qui ne peuvent pas être facturés au patient selon la législation belge
- En outre, l'assurance ne rembourse pas les prestations suivantes :*
- ✗ médicaments, spécialités pharmaceutiques ou traitements médicamenteux de toute nature.
 - ✗ Montures de lunettes correctrices, et verres et montures de lunettes de soleil.
 - ✗ Implants cochléaires et appareils auditifs à conduction osseuse (implant et processeur vocal [externe]).
 - ✗ Piles ou autres accessoires d'appareils auditifs.



Y a-t-il des restrictions de couverture ?

- ! Le remboursement total pour les différentes interventions prévues est limité à un maximum de 1.500,00 € par année d'assurance et par assuré.
- ! Aucune intervention n'est prévue pour les frais engagés pendant le stage d'attente. Le stage d'attente est de 6 mois, à l'exception des garanties suivantes : correction ou amélioration de la vue, correction ou amélioration de l'audition, forfait naissance. Pour ces garanties, le stage d'attente est de 12 mois.



Où suis-je couvert ?

La garantie s'applique aux soins dispensés en Belgique ainsi qu'au matériel et aux équipements livrés en Belgique.



Quelles sont mes obligations ?

- Être membre de Solidaris Brabant, être soumis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et ne pas avoir perdu le droit aux avantages de l'assurance complémentaire de Solidaris Brabant
- L'assurance doit être souscrite pour toutes les personnes enregistrées sous le numéro d'affiliation, à l'exception de celles qui sont déjà assurées par une assurance ou une garantie similaire
- Payer les primes d'assurance dans les délais communiqués par écrit
- Notifier à l'assureur tout changement d'adresse ou toute modification dans la composition du ménage
- En cas de sinistre, introduire la demande d'intervention accompagnée des formulaires et des pièces justificatives nécessaires dans un délai de 3 ans à compter de la date de prestation des soins
- Informer l'assureur de l'identité de toute autre compagnie d'assurance, de toute autre statut ou autre, susceptible de supporter la totalité ou une partie des frais



Quand et comment effectuer les paiements ?

La prime doit être payée en une fois (par virement ou domiciliation), ou trimestriellement par domiciliation uniquement. Les délais de paiement sont communiqués en temps utile. Le premier paiement doit toujours être effectué par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat est conclu à vie et entre en vigueur au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception par l'assureur de la proposition d'assurance dûment complétée et signée et du questionnaire de l'analyse des besoins, et pour autant que la première prime (annuelle ou trimestrielle) soit payée dans le délai de paiement communiqué par courrier.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat d'assurance peut être résilié à tout moment par lettre recommandée ou par la remise d'une lettre de résiliation contre récépissé. Le contrat prend fin après un délai de préavis de 3 mois.